

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ANDRÉ FALCOZ

Né le 24 Mai 1900, à La Voulte-sur-Rhône (Ardèche)

Ex-Interne de l'Hôpital de Saint-Denis

Traitement des Adénites Chancrelleuses

PAR

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

Anatomie	
Anatomie médico-chirurgicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale	
Bactériologie	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Pathologie médicale	
— chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
— — mentales et des maladies de l'encéphale	
— — cutanées et syphilitiques	
— — du système nerveux	
— — infectieuses	
— chirurgicale	
— urologique	
— d'accouchements	
— gynécologique	
— thérapeutique médicale	
— oto-rhino-laryngologique	
— thérapeutique chirurgicale	
— propédeutique	

MM.

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHEL
ANDRÉ BROCA
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBÉ
SICARD
LECÈNE
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALHAZARD
MÉNÉTRIÉR
ROGER
GILBERT
CHAUFFARD
ACHARD
WIDAL
MARFAN
NOBÉCOURT
CLAUDE
JEANSELME
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
HARTMANN
LEJARS
GOSSET
LEGUEU
COUVELAIRE
BRINDEAU
JEANNIN
JEAN-LOUIS FAURE
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	CHAMPY	JOYEUX	MOURE
ALGLAVE	CHIRAY	HENRI LABBÉ	MULON
AUBERTIN	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
BASSET	DEBRÉ	LE LORIER	RIBIERRE
BAUDOIN	I. DE JONG	LEMAITRE	RICHEL Fils
BINET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIÈRE
BLANCHETIÈRE	ECALLE	LÉVY-SOLAL	TANON
BRANCA	FIESSINGER	LHERMITTE	TIFFENEAU
BRULÉ	FOIX	LIAN	VAUDESCAL
BUSQUET	GARNIER	MATHIEU	VERNE
CADENAT	HARVIER	METZGER	VILLARET
	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	WELTER
	HOVELACQUE	MONDOR	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma gratitude
et de ma profonde affection.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

Il est mon meilleur ami.

ET A SA FAMILLE

A MA MARRAINE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MESSIEURS LES MÉDECINS

DE L'HÔPITAL DE SAINT-DENIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. SCHULMANN

CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

INTRODUCTION

Les chancres mous, et leur complication presque inévitable, le bubon, sont des affections peu graves, mais ennuyeuses et longues à guérir. Leur interminable suppuration est, pour les malades, l'objet de multiples soucis.

D'une part, les dangers de contamination, les nombreux pansements que nécessite le bubon ouvert, sa chancrellisation fréquente, ont fait que beaucoup d'auteurs se sont attaqués au décevant problème du traitement de cette affection; d'autre part, la douleur et la longue immobilité que nécessite cette complication, et aussi les cicatrices difformes qu'elle laisse dans un endroit où l'on soupçonne facilement leur origine vénérienne, nécessitent un traitement abortif ne laissant pas de traces. Et même, au point de vue social, c'est la nécessité d'hospitaliser ces malades auxquels la douleur empêche tout travail et qui encombrant nos services.

Nous allons voir dans cette étude si le traitement que nous préconisons répond à ces desiderata.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENTS EMPLOYÉS JUSQU'A CE JOUR DANS LES BUBONS CHANCRELLEUX

Avant d'aborder les traitements des bubons par l'autohémothérapie, nous allons résumer brièvement les différentes méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour.

Nous ne citerons que pour mémoire les traitements par les vésicatoires et les différentes pommades résolutives toutes à base de mercure.

Dès 1843, Diday préconise dans le *Journal de Médecine de Lyon* la section sous-cutanée des lymphatiques qui vont du chancre aux ganglions infectés.

Aubert, partant du fait que les bacilles ne résistent pas aux températures avoisinant 40°, est d'avis de prolonger la période inflammatoire dans le but d'empêcher le développement des bacilles.

Mais, le traitement de l'hydrocèle par des injections iodées préconisé par Velpeau et les succès obtenus dans cette voie dirigèrent les médecins vers les injections modificatrices.

Les traitements actuellement employés sont de deux sortes : les traitements médicaux et chirurgicaux.

Nous parlerons peu des premiers :

Ils consistent en applications de pommades, vaseline ichtyolée, gaïacolée, pommades mercurielles et aussi le traitement par l'emplâtre de Vigo qui a eu son temps de vogue.

L'inefficacité des traitements médicaux les ont fait abandonner presque complètement à notre époque.

Parmi les traitements chirurgicaux citons :

1° *Incision avec ou sans curettage.* — Elle peut être pratiquée soit abortivement, soit après constatation de la fluctuation.

La première méthode, extrêmement douloureuse, est peu employée, rares d'ailleurs sont les malades qui acceptent cette intervention à un moment où le bubon petit et mobile ne les fait pas souffrir.

La seconde, expose à la chancrellisation par le pus bubonien virulent des lèvres de l'incision.

La longue suppuration, la déformation, l'aspect chancriforme de la plaie, la cicatrice difforme qui en résulte sont les gros inconvénients de cette méthode qui ne doit être employée que comme pis-aller, quand tous les autres moyens ont échoué.

2° *Drainage filiforme.* — C'est la transfixion du bubon et son drainage effectué par quelques crins de Florence passés dans les orifices.

On exprime le bubon dans la mesure du possible et le pus restant se vide peu à peu; cette méthode lamentable avant l'ère aseptique, donne quelquefois de nos jours des résultats excellents, mais malgré tout c'est un traitement long, nécessitant pour le malade des pansements fréquents.

3° *Injections modificatrices.* — Cette méthode fut

signalée par Hanse dans sa thèse qui date de 1828. Il préconise le traitement des bubons par un mélange de vin aromatique et de teinture d'iode.

Depuis, nombreuses ont été les substances injectées : tour à tour on a employé l'acide phénique, le sulfate de cuivre, le benzoate de mercure, le sublimé, l'oxycyanure de mercure, enfin les métaux colloïdaux.

Méthode de Fontan. Elle consiste en l'injection de vaseline iodoformée : l'iodoforme en contact intime avec les lésions est particulièrement actif.

Guerry signale une modification de la méthode de Fontan. Il injecte en pleine cavité, après en avoir aspiré le pus, une certaine quantité de vaseline iodoformée à raison de 25 %, injectée chaude et refroidie localement par un jet de chlorure d'éthyle jusqu'à solidification du mélange.

Signalons le traitement de Hudelo et Rabut qui est une modification du Fontan.

Ces auteurs emploient l'huile xyloïodoformée (iodoforme 1 gr., xylol 10 gr., huile d'olive 40 gr.) qu'ils injectent dans la poche ganglionnaire après évacuation préalable du pus.

Poirson note dans sa thèse d'heureux résultats obtenus par les injections d'arséniate de soude. Ce traitement consiste en injections en plein ganglion d'une solution d'arséniate de soude à 1 %. Cette solution aqueuse est employée à raison de 1 à 2 cc. après ponction et dilacération des brides intraganglionnaires.

On a de même injecté du liquide de Calot avec une technique semblable à celle employée dans les abcès froids.

Le traitement radiothérapique est actuellement à

l'étude, mais n'a pas encore donné de résultats concluants.

Enfin, on a abordé récemment le traitement par les méthodes biologiques modernes.

L'une consiste en une thérapeutique spécifique. Nous allons rapidement en examiner les modalités.

A. — La vaccinothérapie fut tentée, dès 1913, par T. Ito, de Tokio, qui fit ses recherches sous l'inspiration de Brück à la clinique de Breslau. Il publia 12 cas donnant de bons résultats.

M. T. Kurita, médecin de la marine japonaise, traita 18 malades atteints de bubons par un vaccin préparé avec des bacilles de Ducrey.

B. — La sérothérapie ne fut essayée que récemment par J. Reenstierna qui prépara un sérum en injectant dans les veines de gros béliers des doses croissantes de cultures mortes et vivantes de streptobacilles.

Il essaya ce sérum sur 100 cas de bubons à la clinique du professeur Almkoist, à Stockholm; il observe, en général, des améliorations dès la première injection.

Plus tard, Reenstierna pratiqua la sérothérapie mixte. Il injecta des mélanges de sérum antistreptococcique avec des sérums antityphiques.

Ces différents sérums spécifiques ou mixtes donnèrent des résultats appréciables diminuant la douleur et arrêtant parfois l'évolution vers la suppuration.

A ce moment naquit l'idée de traiter les bubons par les albumines hétérogènes, dont les résultats brillants dans un grand nombre d'affections médicales et dermatologiques sont incontestables.

On peut même se demander si les résultats obtenus

par les sérums et vaccins ne sont pas simplement dus au choc protéique.

Malgré leurs succès, il y a lieu de remarquer que les précédentes méthodes sont caractérisées par l'inconstance et l'inégalité de leurs résultats.

Il s'ensuit qu'il est nécessaire de chercher dans une autre voie, ébauchée d'ailleurs par les traitements sériques, un traitement s'adressant non pas à la lésion locale mais tâchant de provoquer une réaction générale de l'organisme favorable à la lutte antimicrobienne.

Les méthodes de choc nous permettent-elles d'espérer ce résultat?

C'est ce que nous allons étudier.

CHAPITRE II

LA PROTÉINOTHÉRAPIE ET LES MÉTHODES DE CHOC

Widal et ses élèves ont ouvert, en 1912, le vaste chapitre de la thérapeutique par le choc ou colloïdothérapie, dont la protéinothérapie et l'autohémothérapie constituent des paragraphes.

Dans une étude complète des traitements des bubons par ces méthodes, il eût été nécessaire d'étendre notre expérimentation à tous les procédés de choc, d'en envisager les conséquences et d'en comparer les résultats.

Malheureusement, le trop grand nombre des colloïdes producteurs de chocs et le cadre trop restreint de ce travail ne nous ont pas permis une étude si vaste.

Sauvez a d'ailleurs étudié dans sa thèse la thérapeutique par le lait; le professeur Guiseppe Mariani de la Clinique dermato-syphiligraphique de Cagliari, fait une vaste étude de ces traitements par le lait, la peptone, le nucléinate de soude, le goneal, les sérums hétérogènes, les autosérums et par l'autohémothérapie; il a même complété ce travail en expérimentant les effets thérapeutiques de divers mélanges de substances précédentes et aussi ceux produits par les colloïdaux métalliques.

En ce qui nous concerne, nous nous bornerons à

l'étude clinique de l'autohémothérapie dans les bubons.

Malgré tout, nous croyons nécessaire de résumer brièvement les grandes modalités de la thérapeutique par le choc protéique.

Définition des protéines. — On peut définir les protéines :

« Un certain nombre de corps, composés de carbone, d'hydrogène, d'azote et de soufre entrant dans la composition des êtres vivants. »

On les divise en deux grands groupes :

- 1° Les substances albuminoïdes naturelles,
- 2° Les substances albuminoïdes de transformation.

1° Dans le premier groupe sont classés le lait et le sang; dans ce dernier on utilise :

- soit le sang dans son ensemble,
- soit le plasma,
- soit le sérum.

Dans le lait que nous utilisons d'ordinaire complet, on distingue trois sortes de protéines dont l'action semble différente; la proportion de ces trois éléments étant variable dans le lait humain et dans les différents laits animaux, nous comprenons que l'effet thérapeutique diffère d'une façon notable suivant le lait employé, par les proportions différentes de ses composants

- 2° Les substances albuminoïdes de transformation.

Dans ce groupe très nombreux, on n'utilise guère en thérapeutique que les protéoses et les peptones, ces dernières étant des polypeptides à molécule complexe.

Le phénomène de choc protéique.

Nous définirons le choc protéique : une réaction

générale de l'organisme produite par l'introduction dans son sein de matières protéiques, soit par voie buccale, sous-cutanée ou intra-musculaire, soit par voie intraveineuse.

Ce choc protéique se traduit par une crise hémoclasique et des symptômes cliniques. La crise hémoclasique se traduit par des variations de la formule sanguine : hypotension artérielle, troubles de la coagulation, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, raréfaction des plaquettes du sang, aspect rutilant du sang veineux, variations brusques de l'indice réfractométrique du sérum.

Chez l'homme, cette crise hémoclasique suit immédiatement la cause provocatrice et précède souvent de longtemps les symptômes cliniques; elle se déroule sans que le sujet en éprouve le moindre malaise et, le plus souvent, le sang a récupéré ses caractères normaux quand éclatent les phénomènes cliniques de choc.

Nous allons tâcher d'élucider le mécanisme du choc et en analyser les effets thérapeutiques.

Mécanisme et effets thérapeutiques du choc.

On ne peut, pour le moment, répondre à cette question que par des hypothèses; tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il est des plus obscur et la plupart d'entre eux ont émis des hypothèses expliquant les résultats obtenus par les modifications sanguines que produit l'introduction des protéines.

Widal écrit « que toutes ces substances non spécifiques semblent agir en troublant l'équilibre colloïdal du plasma sanguin et en provoquant, de cette manière, une réaction plus ou moins violente des appareils régu-

lateurs de cet équilibre, qui entraîne au cours des maladies aiguës ce qu'il appelle une crise anticipée ».

Les protéines agissent donc par un choc colloïdal. Widal et ses élèves distinguent deux catégories de choc différents par leur nature et leur mode d'action :

- 1° Le choc proprement dit;
- 2° Le choc dit de consolidation.

Cette distinction est basée sur la nature différente des états pathologiques, ceux-ci appartenant ainsi à deux groupes complètement différents. Dans l'un nous classons les infections, dans le second les maladies par un trouble antérieur de l'équilibre colloïdal.

Dans le premier cas le mécanisme est assez simple : il se produit un choc colloïdal violent créé de propos délibéré, agissant peut-être par destruction des bactéries.

Dans le second cas, l'altération de l'équilibre colloïdal existe avant tout traitement; elle se trouve à l'origine de la maladie, en est peut-être la cause; en tout cas, elle en est la lésion profonde, régnant au sein des humeurs et des tissus, échappant à toutes les investigations du laboratoire.

En résumé, dans le premier cas il s'agit d'obtenir un déséquilibre produit par le choc dans un but thérapeutique.

Dans le deuxième on s'efforce de combattre les altérations de l'équilibre colloïdal des humeurs malades en produisant un nouveau bouleversement humoral plus favorable.

Cette division paraît un peu artificielle, car beaucoup de maladies que nous attribuons actuellement à une altération des humeurs rentreront, avec les progrès de la

technique bactériologique, dans le cadre des affections à germe connu.

Néanmoins, il paraît indiscutable que, certaines dermatoses, l'asthme, l'urticaire, l'hémoglobinurie paroxysmique, etc. sont dues à un déséquilibre humoral et c'est d'ailleurs dans ces affections que les résultats de la protéinothérapie sont les plus constants.

En dehors des deux modes d'action précédents, on peut en imaginer deux autres :

La protéinothérapie peut agir pour prévenir un choc colloïdologique et en mettre l'organisme à l'abri : c'est l'anticolloïdologie.

Le choc protéique peut agir aussi par antianaphylaxie, selon Vidal « ce n'est pas seulement la préservation contre un choc que peut réaliser la protéinothérapie, dans certains états anaphylactiques elle est capable de désensibiliser l'organisme ».

Certaines théories expliquent l'action de la protéinothérapie par les modifications de la formule sanguine.

On l'a attribuée soit à une exagération soudaine du pouvoir des phagocytes, soit par la mise en liberté d'une grande quantité de ferments lytiques et d'anticorps dont la production serait accrue par l'apport d'albumines étrangères.

Les recherches expérimentales de Gowaertz sur le mécanisme des septicémies ont montré que l'absence ou la présence de microbes dans le sang dépendent des réactions physiques de contact qui se produisent, entre les microbes et les colloïdes du plasma d'une part et les éléments figurés du sang et spécialement les plaquettes d'autre part.

Devant la leucopénie et la disparition des plaquettes du sang qui sont signalées dans la crise hémoclasique caractéristique de tout choc, on ne peut s'empêcher de penser que c'est sans doute par l'intermédiaire de ce processus purement physique d'adhésion entre les microbes, les hématoblastes et certains constituants colloïdaux, d'autre part, que le choc provoqué exerce son action curative.

Ces faits rapportés par Gowaertz permettent à Widal de dire que les effets thérapeutiques du choc sont dus à une « rencontre heureuse entre colloïdes ».

L'injection des protéines agirait-elle par augmentation des anticorps contenus dans le sang ?

Lchikawa, Müller, Jobling ont fait à ce sujet de nombreuses expériences et ont établi l'augmentation très nette de cette proportion chez les malades atteints de maladie infectieuse.

Schmidt pense qu'il existe une proportion entre le degré de la réaction thermique et celui de la formation d'anticorps.

Jobling émet aussi l'hypothèse que les protéines agiraient par l'intermédiaire des ferments contenus dans le sang, car après l'injection on trouve dans celui-ci des protéases et des étherases susceptibles de détruire, non les bactéries elles-mêmes, mais leurs toxines.

Nous venons d'analyser brièvement l'action thérapeutique du choc, il nous reste encore à rechercher et expliquer l'action propre de l'autohémothérapie, qui en est une modalité.

CHAPITRE III

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

L'autohémothérapie étant une méthode de choc, nous allons rapidement essayer d'expliquer son action un peu particulière.

Les premiers essais de cette méthode en thérapeutique remontent à 1912 et sont dus au professeur Sicard et à son élève Gutmann qui l'employèrent dans les crises épileptiques.

Depuis cette époque, nombreuses ont été les applications de l'autohémothérapie et les recherches sur son mécanisme intime.

C'est Ravaut qui, désirant reprendre les expériences de Spiethoff sur l'autosérothérapie, montre que l'injection du sang total produit des effets tout à fait comparables à ceux obtenus par l'auteur allemand avec le sérum.

Pour Ravaut cette méthode a non seulement l'avantage d'être beaucoup plus simple que l'autre, mais aussi de ne comporter aucun risque d'infection hétérogène.

De plus, « il lui paraît préférable d'injecter le sang total car, dans la fibrine et les globules rouges, il peut exister des substances ou des corps microbiens dont la

résorption par l'organisme peut provoquer des réactions utiles ».

Nous avons dit plus haut que l'injection de sang total est une variété de choc protéinique, mais comment le sang du malade lui-même donne-t-il un choc comparable à celui produit par des albumines hétérogènes?

Pourquoi le sang produit-il un choc?

P. Mino, dans un récent mémoire, a cherché à pénétrer le mécanisme interne de l'autohémothérapie. Pour le biologiste italien, l'injection intraveineuse de sang soit d'un même individu, soit d'un autre sujet ne présentant point d'incomptabilité de groupe sanguin n'est pas suivie de troubles de l'organisme révélables par la crise hémoclasique; si, au contraire, on transfuse le sang à l'aide de solution anticoagulante, la crise se déclenche, ces substances empêchent la coagulation mais non les altérations initiales et l'hétérogénéisation des protéines sanguines. Dans l'autohémothérapie, en considération du pouvoir thromboplastique élevé des parois de métal et de verre avec lesquelles le sang entre en contact, il est juste de penser que des modifications coagulatives se produisent et déclenchent la crise que nous avons retrouvée.

Donc, les substances qui donnent au sang les caractères typiques des protéines hétérogènes et déterminent les désordres vasculo-sanguins n'existent pas dans le sang circulant, mais se forment pendant l'extériorisation ou le milieu; le sang tel qu'il est n'entrant pas en ligne dans le jeu efficace de l'autohémothérapie, seules interviennent ses altérations artificielles.

Cependant, comment expliquer l'action thérapeutique des infections après lesquelles aucune modification vasculo-sanguine n'a pu être enregistrée? On soulève

alors l'hypothèse que la crise hémoclasique n'est pour rien dans la détermination de la guérison, et ne serait que le témoin indicateur, mais non indispensable, de modifications physico-chimiques du milieu humoral qui nous échappent; il y aurait alors action curative avec absence totale de toute modification de formule des éléments blancs et de la tension.

Tinel et Santenoise ont tenté de montrer le rôle du tonus vago-sympathique dans la production du choc, et il est vraisemblable qu'à la suite de celui-ci, existe une phase d'inexcitabilité vago-sympathique qui protégerait à nouveau l'organisme contre un choc ultérieur.

Ce ne sont là que des hypothèses, mais non dénuées de vraisemblance que des études les plus approfondies pourront confirmer.

Dans les observations qui suivent, nous avons négligé d'étudier pour chaque malade les variations de la formule sanguine et de la tension, car volontairement, nous avons voulu borner notre étude au seul point de vue clinique.

Ces recherches ont d'ailleurs été faites à plusieurs reprises et en détail par MM. Montier et J. Rachet, par Nicolas et ses élèves, par M. Schulmann, qui en ont tiré tous des conclusions à peu près identiques.

Ces modifications, du même ordre que celles produites par la protéinothérapie, sont caractérisées :

1° Par une hypotension de 1 à 3 cm. surtout marquée pour la pression maxima;

2° Une leucopenie de 1.000 à 2.000 leucocytes en moyenne;

3° Quelques modifications du temps de coagulation, peu sensible d'ailleurs.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE

Un des principaux avantages du traitement que nous préconisons est sa simplicité remarquable.

Nous employons pour ce faire : une seringue en verre de 2, 5 ou 10 cc., selon la quantité que nous voulons injecter, une fine aiguille à ponction veineuse, une aiguille à injection intramusculaire; le calibre de cette dernière doit être choisi suffisamment gros pour éviter la coagulation du sang pendant sa traversée.

Un lien étant mis sur le bras pour faire saillir les veines du pli du coude, nous aseptisons la région et fonctionnons la veine comme à l'ordinaire : nous aspirons lentement la quantité de sang nécessaire, l'aiguille est aussitôt changée contre la plus longue et nous réinjectons immédiatement le sang dans les masses musculaires de la fesse au point d'élection.

Nous croyons, et tous les auteurs sont de cet avis, que la question des doses est peu importante, les résultats obtenus étant identiques pour des quantités variant de 2 à 10 cc. et même pour des doses supérieures.

Nous avons pratiqué les injections de sang tous les deux jours, et nous pensons que c'est une bonne pratique

à employer, quoique l'intervalle entre chaque piqure ne semble pas avoir une importance considérable.

Peut-être pourra-t-on plus tard, et Schulmann le préconise, introduire une simplification de la méthode qui consiste à réinjecter le sang sous la peau même de l'avant-bras, ce qui permet d'effectuer la réinjection avec la même aiguille et réduit la durée de l'intervention.

Quant à la technique de l'autohémothérapie par l'application de ventouses, nous n'avons pas eu à l'employer car elle répond à une indication (femme trop grasse, enfants) que nous n'avons pas rencontrée.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES INÉDITES

(Recueillis en collaboration avec MM. Chulmann et Pierrot)

Observation 1. — J... Henri, 25 ans, manoeuvre.

Chancre non cicatrisé de la base du frein, bubon de la région inguinale droite.

La date d'inoculation est inconnue, elle remonte vraisemblablement aux environs du 15 septembre, le chancre apparaît quatre jours après le contact infectant. Le malade se soigne lui-même par des bains locaux à l'eau salée.

Le 11 octobre, les douleurs provoquées par le bubon, qui est déjà gros, l'obligent à consulter un médecin.

Celui-ci fait le 14 une recherche des bacilles de Ducrey qui est positive.

Ne voyant pas d'améliorations à son état, il entre le 18 à l'hôpital Beaujon et est envoyé le 23 à Saint-Louis.

A l'entrée, nous constatons la présence d'un chancre cicatrisé à la base du frein. Dans la région inguinale droite, un très gros bubon avec réaction locale et empâtement marqué de la région ; celui-ci mesure 48 m/m de long sur 27 m/m dans sa plus grande largeur.

Malgré la réaction inflammatoire et la rougeur de la peau, il ne nous est pas possible de sentir les fluctuations.

Température peu élevée, pas de phénomènes généraux ; nous le soumettons à l'autohémothérapie en procédant de la façon suivante :

Le 24	injection	de	2 cc.
Le 27	—	de	5 cc.
Le 29	—	de	10 cc.
Le 31	—	de	10 cc.
Le 3	—	de	10 cc.
Le 5	—	de	10 cc.
Le 7	—	de	10 cc.
Le 10	—	de	10 cc.
Le 12	—	de	10 cc.

Les premières piqûres sont supportées admirablement, pas de frissons, pas de douleurs locales.

Dès la troisième piqûre, l'amélioration est manifeste, surtout sur l'élément douleur locale.

L'amélioration se poursuit régulièrement, le bubon diminue de volume, la peau reprend peu à peu son aspect normal.

Le 12 novembre, il ne persiste qu'un petit empâtement de la région inguinale non douloureux et un petit noyau ganglionnaire dur, roulant sous le doigt.

Le malade sort de l'hôpital.

Observation II. — G... François, 26 ans, menuisier.

Salle Vidal, lit n° 31.

Chancres mixtes, bubon de l'aîne.

Une ulcération de la verge apparaît vers la fin de septembre, ulcération prise tout d'abord pour de l'herpès. Le 3 octobre, il vient à la consultation de Saint-Louis ; on fait un ultra-microscope qui est négatif et on le prie de revenir une semaine plus tard. Il ne revient que le 23 octobre ; nouvel ultra, positif cette fois.

Nous le voyons le 24 ; il présente à ce moment deux chancres mixtes du gland dont l'un au niveau du frein.

Dans l'aîne gauche, un bubon très douloureux du volume d'une grosse noix ; nous trouvons pour les dimensions maxima 5 cm. sur 36 m/m. Nous pratiquons le 24 une injection de 2 cc. de son sang veineux.

Nouvelle autohémotérapie le 27 de 5 cc.

le 29 de 10 cc.

le 31 de 10 cc.

Température oscille autour de 38-38°5, aucune réaction fébrile au moment des premières injections ; dans la suite, descente légère de la courbe.

Le 3 novembre nouvelle piqûre de 10 cc.

Dès ce moment, nous notons une amélioration remarquable

de l'état local, le bubon est beaucoup moins gros, beaucoup moins douloureux, la région moins empâtée ; la température tombe à 37°.

On continue le traitement :

le 5 novembre :	autohémothérapie de 10 cc.
le 7 — — — —	de 10 cc.
le 10 — — — —	de 10 cc.
le 12 — — — —	de 10 cc.
le 14 — — — —	de 10 cc.

Le 14, le chancre est complètement cicatrisé. Le bubon, tout à fait indolore, a le volume d'un noyau de cerise, il est dur et roule sous le doigt. La peau a repris son aspect normal.

Le traitement spécifique a été pratiqué parallèlement.

Le malade sort de l'hôpital.

Observation III. — S... Pierre, 25 ans, palefrenier.

Salle Hardy, lit n° 4.

Entre pour chancre mou et adénite inguinale suppurée.

Le début remonte au 20 septembre, l'inoculation l'ayant précédé de cinq jours. Le malade se fait soigner en ville pendant deux semaines ; mais, vers le 10 octobre, le bubon apparaît et le fait beaucoup souffrir ; il grossit et mûrit rapidement ; son médecin lui ouvre le 17 octobre.

Le 20, la douleur croissant toujours, il vient à la consultation à Saint-Louis et entre le 23.

A son entrée, nous constatons un gros bubon de 7 cm. sur 5 cm. 5 présentant en son milieu une incision de 2 cm. presque entièrement refermée. De ce pertuis s'écoule un pus épais, peu abondant.

Périadénite douloureuse, aspect enflammé de la peau adjacente.

Température oscillant autour de 38°.

Bien que le bubon soit ouvert, nous instituons le traitement en vue de tarir la suppuration et d'atténuer la douleur.

Le 27	injection de	2 cc.
Le 29	—	de 5 cc.
Le 31	—	de 10 cc.

A ce moment aucune amélioration sensible ; le bubon est aussi gros, aussi douloureux et suppure toujours.

Le 2 novembre injection de 10 cc.

La suppuration régresse et la douleur est moins vive ; as-

pect local sans modification ; le 5 novembre injection de 10 cc.

Le malade souffre beaucoup moins et demande à sortir ; nous le gardons dans le service et nous continuons le traitement jusqu'au 13 novembre.

A ce moment la suppuration est complètement tarie, la plaie est refermée, le bubon est de la dimension d'un noyau d'amande peu douloureux à la palpation.

Observation IV. — R... Edmond, 53 ans, journalier.

Salle Hardy, lit n° 22.

Entré à l'hôpital le 12 novembre porteur de deux chancres mous de la verge accompagnés d'adénite.

Au dire du malade le début remonte à trois mois auparavant, l'inoculation l'ayant précédé d'une dizaine de jours.

L'état se maintient stationnaire pendant ce long intervalle, mais huit jours avant l'entrée le bubon apparaît et oblige le malade à cesser son travail.

Il entre le 12 dans le service porteur de deux ulcérations chancrelleuses : l'une au niveau du sillon balano-préputial, l'autre sur le fourreau de la verge apparu bien après par auto-inoculation.

Ces deux chancres, datant de 3 mois, sont de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et ne se sont pas modifiés depuis les premiers jours.

Le bubon inguinal est très gros, ses dimensions sont de 7 cm. sur 3 cm. Il est douloureux, peu mobile et les téguments présentent à ce niveau un aspect luisant et rouge et une légère fluctuation.

Nous pratiquons une auto-inoculation qui est positive.

La recherche des spirochètes à l'ultra-microscope est négative.

Trois Wassermann pratiqués le 13, le 20 et le 27 donnent des résultats entièrement négatifs H8.

Nous le soumettons à l'autohémothérapie le 18 novembre.

Les injections sont pratiquées tous les deux jours dans l'ordre suivant :

18 novembre autohémothérapie	2 cc.
21 — —	5 cc.
23 — —	10 cc.
25 — —	10 cc.
27 — —	10 cc.
29 — —	10 cc.

L'amélioration est très rapide dès la deuxième piqûre, le

malade se sent mieux et le bien-être se produit en même temps que l'état local redevient moral.

Le 29, les deux chancres, quoique un peu réduits de dimensions, ne sont point encore cicatrisés, mais le bubon a presque entièrement disparu.

Le malade sort de l'hôpital.

Observation V. — T... Albert, ajusteur-mécanicien.

Salle Hardy, lit n° 9.

Le malade entre à Saint-Louis le 17 novembre, pour un chancre mixte accompagné d'un bubon inguinal.

Il a d'abord constaté une ulcération de la partie antérieure du fourreau de la verge, qui fut traitée par le néosulvarsan.

Au cours du traitement et malgré lui, deux nouvelles ulcérations apparaissent l'une au niveau de la région postérieure du gland et l'autre au niveau du méat.

Ces ulcérations sont actuellement cicatrisées.

Au début du mois d'octobre, le malade s'aperçoit d'une tuméfaction de l'aîne gauche, cette adénite suppure vers la fin du mois. On l'ouvre et on la traite localement.

A ce moment on lui fait un Wasserman qui donne H₂. Nouvelle série de Novarserrobenzol.

A l'heure actuelle, la suppuration est tarie et l'ouverture cicatrisée.

A l'entrée, le 17 novembre, au-dessus de l'ancienne cicatrice, on constate une tuméfaction douloureuse de l'aîne, gros bubon douloureux de forme allongée, de dimensions approximatives 8 cm. sur 3 cm., il est rouge, douloureux, recouvert d'une peau tendue et amincie, il est prêt à s'ouvrir naturellement.

Nous le soumettons à l'autohémothérapie :

le 18	autohémothérapie	2 cc.
le 21	—	5 cc.

Dès ce moment, le malade est légèrement amélioré.

Le 23 novembre, nouvelle piqûre de 10 cc.

Le 25 — — — de 10 cc.

Le 27 — — — de 10 cc.

A ce moment le malade, dont la tuméfaction a beaucoup diminué et qui souffre beaucoup moins, sort de l'hôpital ; mais il rentre à nouveau le 3 novembre, car le bubon a progressé et se trouve dans un état analogue à celui qu'il présentait à son entrée.

Nous recommençons le traitement :

Le 4 autohémothérapie	10 cc
Le 7	— 10 cc
Le 10	— 10 cc.
Le 12	— 10 cc.

Il semble que cette seconde fois le bubon régresse beaucoup, plus vite que la première ; le 12, le malade est entièrement guéri et seule, une palpation profonde permet de sentir un petit noyau inguinal.

Observation VI. — G... Henri, 28 ans, employé d'octroi.

Malade de la polyclinique.

Chancre mou, balanite, bubon. Vient consulter le 26 novembre; on constate un chancre du sillon balano-préputial, avec balanite, et un gros ganglion inguinal datant de huit jours. Le bubon, de la grosseur d'un œuf de pigeon, se trouve dans l'aîne gauche ; il est douloureux, tendu, sans fluctuation nette, mais les téguments sont chauds, rouges, la peau est mince et tendue.

On pratique une recherche des spirochaètes à l'ultra-microscope ; le résultat est négatif.

On institue le traitement autohémothérapique :

Le 29 novembre, injection de	2 cc.
Le 31	— de 5 cc.
Le 3 décembre,	— de 10 cc.
Le 5	— de 10 cc.
Le 9	— de 10 cc.
Le 11	— de 10 cc.

L'amélioration est très légère, mais le symptôme douleur est nettement diminué.

Observation VII. — A... Marcel, garçon de ferme.

Salle Widal.

Le malade entre le 10 novembre, porteur de trois chancres mous : un à la base du fourreau, l'autre dans le sillon balano-préputial, le troisième au niveau du frein. L'apparition de ces chancres remonte au 25 octobre, huit jours environ après naissance d'un bubon non encore douloureux ; peu à peu, la douleur, la tuméfaction apparaissent et l'obligent à entrer à l'hôpital.

Le 12 novembre, à l'entrée, présente un énorme bubon de l'aîne droite de la grosseur d'un œuf de poule, cette tumeur

horriblement douloureuse, avec empâtement de toute la région inguinale empêchant la station debout, fluctuation nette, phénomènes généraux, frissons, température aux environs de 38°.

On fait un ultra-microscope qui se révèle négatif et une auto-inoculation positive.

Le diagnostic étant confirmé, nous soumettons notre malade au traitement.

Le 14, première injection de 2 cc.

Le 17, deuxième — de 5 cc.

Le 19, troisième — de 10 cc.

Le 23, quatrième — de 10 cc.

On constate une amélioration marquée sur le symptôme douloureux.

Le 25 injection de 10 cc. de sang veineux.

Le 27 — de 10 cc. de — —

Le 29 — de 10 cc. de — —

Le 3 décembre autohémothérapie de 10 cc.

Le 4 décembre, le bubon est inclisé à notre insu et on constate qu'il contient un liquide louche, séreux, qui ressemble à du pus en voie de résorption.

Le traitement est malgré tout poursuivi.

Les observations suivantes, inédites, sont dûes à l'obligeance de M. le docteur Lacassagne, chef de Clinique à l'Antiquaille, à Lyon.

Observation VIII. — L... Maurice, 24 ans.

11 janvier 1924. — Chancres simples du sillon datant de quatre jours.

14 janvier. — Adénite gauche douloureuse.

18 janvier. — Revient avec un bubon rouge, violacé, gênant la marche, très douloureux, pas de fluctuation. Autohémothérapie : 10 cc.

22 janvier. — Le soir de l'injection de sang la douleur avait presque disparu. Actuellement les phénomènes inflammatoires ont diminué : autohémothérapie : 10 cc.

26 janvier. — Le bubon semble se résorber : autohémothérapie 10 cc.

30 janvier. — Guérison.

Observation IX. — P... Louis, 20 ans.

29 août 1924. — Vient porteur d'un bubon inguinal gauche, rouge, très fluctuant, datant de sept à huit jours (chancres du sillon à peu près guéris) : autohémothérapie : 10 cc.

1^{er} septembre. — La fluctuation est toujours nette, mais la marche est moins gênée... autohémothérapie : 10 cc.

3 septembre. — Autohémothérapie 10 cc. ; l'amélioration continue.

5 septembre. — Autohémothérapie 10 cc. ; le bubon, qui au début était gros comme un œuf de pigeon, a diminué de moitié et ne s'est pas ouvert à l'extérieur alors qu'il était très fluctuant.

8 septembre. — Autohémothérapie : 10 cc.

13 septembre. — Il ne subsiste plus qu'un petit ganglion dur.

*Observations recueillies dans le « Lyon Médical » du
25 juin 1923 publiées par MM. Nicolas, Gâté, Dupas-
quier et Lebeuf.*

Observation X. — Le premier malade, âgé de 44 ans, présentait un gros bubon inguinal gauche consécutif à des chancres simples au sillon, à peu près cicatrisés, bubon très douloureux à peau rouge et tendue, au niveau duquel la ponction retire quelques gouttes de pus contenant de rares bacilles de Ducrey.

On institua l'autohémothérapie. Au début, malgré deux injections de sang pratiquées à deux jours d'intervalle, le bubon continua à évoluer vers la suppuration, demeurant très douloureux. Mais deux jours après la troisième injection, les phénomènes inflammatoires commencèrent à céder, la douleur, la rougeur de la peau diminuèrent nettement ainsi que la périadénite. A la suite de la quatrième injection, toute douleur avait disparu, mais la fluctuation persistait encore. Enfin après la sixième injection, la fluctuation disparut à son tour et il ne resta plus qu'un peu d'empâtement qui acheva bientôt de fondre.

Le malade sortit du service un mois après son entrée, complètement guéri, ayant reçu en tout onze injections de son propre sang.

Observation XI. — Le second malade était un jeune homme de 17 ans qui entre à la clinique pour des chancres simples du limbe préputial en voie de cicatrisation avec un bubon inguinal droit très douloureux, nettement fluctuant, déjà rosé. Le pus ponctionné renfermait de très nombreux bacilles de Ducrey.

Deux jours après la première injection, le sang du bubon était beaucoup moins tendu et beaucoup moins douloureux.

Après la seconde, les douleurs avaient disparu, et il ne persistait qu'une petite induration très localisée. Le malade reçut encore trois injections, cinq au total, et quitte le service entièrement guéri, neuf jours après le début du traitement.

Observation XII. — Notre troisième malade, âgé de 28 ans, était atteint d'un chancre simple du prépuce datant de 25 jours, avec adénite volumineuse du pli de l'aîne gauche. A ce niveau, la peau était rouge ; il existait une fluctuation nette et le malade éprouvait une vive douleur.

L'examen du pus retiré par ponction, ne permit de découvrir aucun bacille et l'auto-inoculation reste négative au bout de 48 heures.

Une première injection de sang détermine deux jours plus tard la disparition complète de la douleur.

Les injections furent continuées et, à la suite de la cinquième, le malade quitte le service, dix jours après son entrée, le bubon étant guéri, mais le chancre complètement cicatrisé.

Nicolas fait les injections de 10 cc. de prime abord et les renouvelle tous les deux ou trois jours.

CHAPITRE VI

DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS

Nous avons donc douze observations de bubons traités par l'autohémothérapie.

Parmi elles, celles répondant aux numéros 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 et 12 constituent des succès complets et nous pourrions, en nous basant uniquement sur ces résultats, en conclure à l'efficacité certaine de cette méthode.

Mais on objectera certainement que tous ces malades furent soumis à un repos relatif. Si l'influence du repos n'est pas niable, quelle est la part qui lui revient dans les résultats obtenus?

Notons tout d'abord que parmi les traitements que nous avons énumérés plus haut, aucun n'enregistre des succès en série, sans l'adjonction d'un repos au moins partiel.

Nous allons montrer que l'influence de l'autohémothérapie est favorable à l'évolution du bubon, et a même une action certaine sur la résorption du pus déjà formé.

Dans l'observation n° 6, nous avons relaté l'histoire clinique d'un malade, employé d'octroi, que son travail obligeait à marcher beaucoup.

Nous n'avons pu obtenir, dans ce cas particulier,

qu'une amélioration très peu marquée; ce résultat, de prime abord peu encourageant, est malgré tout en faveur de la méthode et prouve son influence heureuse.

En effet, au premier examen, le malade présentait un empâtement inguinal et un bubon très volumineux, encore peu fluctuant, mais dont l'aspect rouge et tendu semblait prédire une suppuration prochaine.

Or, nous savons que, toujours, un bubon présentant cet aspect clinique, chez un malade faisant un travail actif, aboutit à la suppuration; l'amélioration même insignifiante paraît donc uniquement due à l'influence du traitement.

D'autre part, l'action de l'autohémothérapie sur la résorption du pus bubonien est confirmée d'une façon manifeste dans l'observation n° 7.

A l'ouverture de ce bubon d'ailleurs faite trop hâtivement, on a remarqué qu'il contenait, non du pus, mais une sérosité louche présentant les caractères macroscopiques du pus en voie de résorption. L'incision ayant été faite à notre insu, nous n'avons pas pu recueillir le contenu du bubon ni en pratiquer l'examen cytologique.

Nous avons, dans nos observations, quelques cas de chancres mixtes; il semble que dans ces cas particuliers, l'évolution clinique des deux affections fut parallèle et nous n'avons pu remarquer que l'un de deux traitements ait entravé ou favorisé l'action de l'autre.

On pourrait étudier l'association possible d'un des traitements locaux préconisés jusqu'à ce jour avec l'autohémothérapie et en noter les résultats.

On peut facilement concevoir par exemple l'associa-

tion de la méthode de Fontan ou de la radiothérapie avec les méthodes de choc.

Il faudrait en étudier les modalités et voir si les effets thérapeutiques s'ajoutent ou se contrarient.

CONCLUSIONS

I. — L'autohémothérapie mérite de prendre place parmi les très nombreux procédés de traitement utilisés contre les bubons chancrelleux.

II. — Elle doit, semble-t-il, être préférée aux autres méthodes de choc à cause de l'absence de réaction générale consécutive à son emploi.

III. — Son action nous paraît bienfaisante sur les bubons aux différents stades de leur évolution.

A la période de crudité l'autohémothérapie provoque la régression des symptômes.

Quand le pus est déjà formé, elle évite presque toujours son issue au dehors et le fait rapidement résorber.

A la phase de suppuration, elle tarit l'écoulement et surtout atténue la douleur.

IV. — Nous n'avons pas remarqué que l'autohémothérapie ait une action sensible sur le chancre lui-même.

V. — Pour obtenir des résultats, il est nécessaire de faire observer au malade un repos, sinon absolu, du moins relatif.

VI. — Le mode d'action de l'autohémothérapie paraît

être un choc colloïdoclasique qui agit sur la résorption du pus bubonien.

VII. — La simplicité de sa technique, l'absence de tout accident en fait une méthode de choix.

Vu: *Le Président de la Thèse,*
JEANSELME.

Vu: *Le Doyen,*
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie,
B. MAURELIEF.

BIBLIOGRAPHIE

ARLOING G., DUFOUT ET LANGERON. — *Influence curative du choc anaphylactique dans certaines infections expérimentales.* — Bull. de l'Ac. de Médecine, 22 février 1921.

BESREDKA. — *Anaphylaxie et Antianaphytaxie.*

CASSAN. — *La Protéinothérapie.* — Thèse, Paris, 1919.

CHEINISSE. — *Serothérapie et vaccinothérapie dans les chancres mous.*

DUCLOS. — *Quelques méthodes actuelles du traitement du bubon chancrelleux.* — Thèse, Paris, 1919.

DUFOUT A. — *Colloïdoclasie, mode d'action et utilisation du choc dans les infections.* — Journal de Médec. de Lyon, 30 janvier 1921, p. 715.

DUPUY. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux (méthode de Fontan).* — Thèse, Paris, 1919.

FAUVET. — *L'Autohémothérapie dans la furonculose.* — Thèse, Paris, 1922.

GOWAERTZ. — *Quelques données expérimentales sur la signification des septicémies.* — Presse Médic., 25 nov. 1918, p. 597.

- GUERRY G. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux*. — Thèse, Paris, 1919.
- HUDELO ET RABUT. — *Méthode nouvelle du traitement des bubons chancrelleux*. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1920, p. 491.
- LEMONNIER. — *La médication lencogène*. — *Gaz. Hôpitaux*, mai 1919.
- LECOMTE. — *Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux* (méthode de Fontan modifiée). — Thèse, Paris, 1919.
- MARIANI G. — *Nuovo contributo allo studio del meccanismo della protéotossicosi terapeutica nelle malattie cutanee e veneree in Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*. — Agosto 24, p. 1373.
- MIMO P. — *Hémothérapie et crise hémoclasique*. — *Presse Méd.* 1923, p. 940.
- F. MONTIER ET J. RACHET. — *Incidents et accidents de l'autohémothérapie*. — *Presse Médic.*, 15 avril 1923, p. 708.
- F. MONTIER. — *Syndrôme hémoclasique et autohémothérapie*. — *Soc. Biologie*, 13 janvier 1923.
- F. MONTIER. — *Syndrôme hémoclasique et ventouses sèches*. — *Soc. de Biologie*, 13 janvier 1923.
- NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER ET DUMOLLARD. — *Autohémothérapie et choc hémoclasique*. — *Soc. de Biologie*, 14 mai 1923.
- NOLF. — *Bactériothérapie et Protéinothérapie*. — *Presse Médicale*, 1907, p. 583.

- POIRSON. — *Traitement des chancres mous par les injections d'arséniate de soude.* — Thèse, 1917.
- RUBY. — *Autohémothérapie dans les dermatoses.* — Thèse, Lyon, 1922.
- SAUVEZ. — *Les injections de lait dans le traitement des bubons consécutifs au chancre mou.* — Thèse, Lyon, 1922.
- SCHMIDT. — *Réactions humorales consécutives aux injections parentérales de lait.*
- SCHULMANN. — *L'autohémothérapie en dermatologie.* — Presse Médic., 22 mars 1924.
- SCHULMANN. — *Le traitement autohémothérapique de l'œdème angioneurotique.* — Soc. Médic. des Hôpitaux, 25 juin 1920.
- SPILLMANN. — *Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées.* — Rapp. au 2^e congrès de dermatologie et syphiligraphie. Strasbourg 1923. p. 72.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAND. — *Le choc hémoclasique.* — Presse Médic, 3 avril 1920.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAND. — *Protéinothérapie et choc colloïdoclasique.* — Presse Médic., 5 mars 1921.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAND. — *Autoanaphylaxie.* — Semaine médic. du 24 déc. 1923; congrès de médecine int., Paris, 1912.
-

PARIS. — SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION. — 711.
